

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI GENOVA

Area Personale
Servizio personale tecnico amministrativo
Settore gestione delle presenze

Il/la sottoscritto/a _____ matricola _____
codice fiscale _____ residente in _____
via _____ cap _____
in servizio presso _____

CHIEDE

il riconoscimento del diritto a fruire dei benefici di cui alla Legge n. 104/1992 e s.m.i per l'assistenza al proprio familiare disabile in situazione di gravità.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, previste nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445 in materia di Documentazione Amministrativa e che, qualora dai controlli previsti dall'art. 71 dello stesso D.P.R. 445/2000 emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, è prevista la decadenza dei benefici conseguiti, ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.P.R.

DICHIARA CHE L'ASSISTITO

Cognome _____ Nome _____
codice Fiscale _____ nato il _____
a _____ prov. _____ stato _____
residente in _____ prov. _____ Cap _____ (1)

avente con il sottoscritto il seguente rapporto di parentela:

genitore

coniuge

convivente

altro parente o affine entro il II grado (specificare)

altro parente o affine entro il III grado (specificare)

altra condizione prevista dalle norme (specificare)

è in situazione di disabilità grave

Allega al tal fine la seguente documentazione:

certificato medico di I istanza rilasciato dalla ASL, attestante la disabilità e la condizione di gravità della patologia dalla quale è affetto il predetto familiare

certificato di commissione medica ASL convalidato dal giudizio definitivo dell'INPS il quale definisce, tra l'altro, che il familiare ha una disabilità:

rivedibile anno e mese di revisione _____

non rivedibile

(1) Il lavoratore che usufruisce dei permessi di cui al comma 3 per assistere persona in situazione di handicap grave, residente in comune situato a distanza stradale superiore a 150 chilometri rispetto a quello di residenza del lavoratore, attesta con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito

Ai suddetti fini, il/la sottoscritto/a dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 dello stesso DPR:

di essere l'unico familiare a fruire dei permessi per il disabile in questione

che i seguenti familiari avrebbero diritto a fruire dei permessi per il disabile:

1. cognome e nome _____ grado di parentela con il disabile _____
luogo di lavoro _____ ente pubblico si no
2. cognome e nome _____ grado di parentela con il disabile _____
luogo di lavoro _____ ente pubblico si no
3. cognome e nome _____ grado di parentela con il disabile _____
luogo di lavoro _____ ente pubblico si no
4. cognome e nome _____ grado di parentela con il disabile _____
luogo di lavoro _____ ente pubblico si no

che il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno

che il familiare disabile è ricoverato in coma vigile e/o situazione terminale

che il familiare disabile è ricoverato a tempo pieno e il sottoscritto fruirà dei permessi unicamente per visite specialistiche/terapie eseguite fuori dalla struttura ospitante debitamente documentate ovvero che il disabile è in situazione di gravità per il quale risulta documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte del familiare ovvero che il disabile si trova in stato vegetativo persistente e/o con prognosi infausta a breve termine

che il familiare disabile è parente o affine di III grado e che i genitori o il coniuge della persona disabile in situazione di gravità hanno compiuto i 65 anni di età oppure sono anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti (specificare cognome e nome, grado di parentela/affinità e la specifica condizione di cui sopra)

Il/la sottoscritto/a, che fruisce già di permessi di cui alla L. 104/1992 e s.m.i per _____
(indicare il grado del familiare già assistito)

dichiara di essere a conoscenza che il cumulo di più permessi in capo allo stesso lavoratore è ammissibile solo a condizione che il familiare da assistere sia il coniuge o un parente o un affine entro il primo grado o entro il secondo grado, qualora uno dei genitori o il coniuge della persona disabile in situazione di gravità abbiano compiuto i 65 anni o siano affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti.

Il/la sottoscritto/a, che presta assistenza nei confronti del disabile _____
dichiara di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno morale oltre che giuridico a prestare effettivamente la propria opera di assistenza nei periodi dichiarati.

Il/la sottoscritto/a si impegna altresì a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a che i dati personali sensibili e giudiziari sono trattati dall'Università degli Studi di Genova esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto e in misura pertinente, non eccedente e strettamente necessaria al perseguimento delle proprie funzioni istituzionali, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 30/6/2003 n.196 e successive modifiche e dei regolamenti in materia di cui al D.R. n. 198 dell'11/7/2001 e n. 165 del 12/4/2006. I dati richiesti sono obbligatori ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere l'Amministrazione non potrà definire la pratica e concedere i permessi. I dati personali potrebbero essere comunicati anche ad altre Amministrazioni pubbliche qualora queste debbano trattare i medesimi per eventuali procedimenti di propria competenza istituzionale.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, di esibizione di atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art.76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445).

Qualora da un controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante decade dai benefici (permessi retribuiti) eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 del D.P.R. 28/12/2000 n.445).

Data _____

firma _____